

Dorota MroczkowskaInstytut Socjologii Uniwersytetu
Adama Mickiewicza w Poznaniu

Postrzeganie i rozumienie zaburzeń jedzenia — fakty i mity

The perception and understanding of eating disorder — facts and myth

STRESZCZENIE

Celem pracy jest próba rozprawienia się z licznymi potocznymi nastawieniami, stereotypami czy mitami na temat zaburzeń jedzenia. Rozpoznanie ich pomoże bardziej adekwatnie odnosić się do problemu oraz identyfikować błędne wyobrażenia, które zaburzają i nierzadko utrudniają pomaganie choremu. Wiedza o problemach nie jest warunkiem wystarczającym dla wyleczenia, ale z pewnością jest niezbędna i konieczna dla zrozumienia problemu, radzenia sobie z nim. Jest również potrzebna, by pomagać, wspierać i działać profilaktycznie na wszystkich poziomach. Praca jest konfrontacją potocznej wiedzy z wiedzą i faktami naukowymi, zaprasza do wnikliwej refleksji.

Forum Medycyny Rodzinnej 2012, tom 6, nr 2, 82–91

słowa kluczowe: zaburzenia jedzenia, fakty, mity, stygmatyzacja, prewencja

ABSTRACT

The aim of my study is to deal with numerous biases, stereotypes and myths about eating disorders. Identification of the above will help better understand the nature of the problem, address it more adequately, as well as identify misconceptions which disturb the process of helping the sick, frequently making it impossible. To know the problems is not a sufficient condition to cure them, but it is certainly necessary and essential to understand and deal with them. It is also needed to support and do preventive work at all levels. My study is also a confrontation of common knowledge and scientific facts, it encourages thorough reflection.

Forum Medycyny Rodzinnej 2012, vol 6, no 2, 82–91

key words: eating disorder, myth, fact, stigmatization, prevention

Adres do korespondencji:

dr Dorota Mroczkowska
Instytut Socjologii UAM
ul. Szamarzewskiego 89c, 60–568 Poznań
tel.: 509 306 303
e-mail: drmrocz@amu.edu.pl

WSTĘP

W powszechnej opinii osoby z anoreksją grzeszą tym, że głodzą się, występując przeciwko swojemu zdrowiu i życiu. Osoby chore na bulimię, kompulsywne objadanie się czy otyłe grzeszą nieumiarkowaniem w jedzeniu i piciu oraz brakiem silnej woli.

Problemy jedzeniowe tykają niewrażliwych punktów społecznej świadomości, a mianowicie świętości kulturowej i religijnej, za jaką uznawane jest jedzenie, oraz istotnych wartości społecznych i jednostkowych, jakimi są życie i zdrowie, co dodatkowo sprzyja dezaprobowaniu i negatywnemu nastawieniu do chorych. Zdrowej osobie trudno jest przyjąć fakt, że ktoś może zagłodzić się na śmierć czy najadać się do granic możliwości i za chwilę wymiotować czy przeczyszczać się. Przecież to głupota!

Celem niniejszego artykułu jest próba rozprawienia się z licznymi potocznymi nastawieniami, stereotypami czy mitami na temat zaburzeń jedzenia. Ich zasygnalizowanie i rozpoznanie pomoże lepiej zrozumieć ich naturę, bardziej adekwatnie odnosić się do problemu oraz identyfikować błędne wyobrażenia, które, jak wiadomo, zaburzają i nierzadko utrudniają pomaganie choremu. Rzetelna wiedza o problemach nie jest warunkiem wystarczającym dla wyleczenia, ale z pewnością jest niezbędna i konieczna dla zrozumienia problemu, radzenia sobie z nim. Jest również potrzebna, by pomagać, wspierać i działać profilaktycznie na wszystkich poziomach.

Autorka konfrontuje potoczną, stereotypową wiedzę z wiedzą i faktami naukowymi, przez co zaprasza do wnikliwszej niż dotychczas refleksji. Dla przejrzystości wywodu stosuje jednorodny schemat poruszania się po tematyce, to znaczy wychodzi każdorazowo od mitów dotyczących zaburzeń jedzenia oraz przekonań chorych na swój temat i konfrontuje je z faktami.

Tabela 1

Przekonania na temat osób z zaburzeniami łaknienia

Osoby z zaburzeniami jedzenia są:	Rok	
	1998	2003
Niebezpieczne dla innych	7	7
Nieprzewidywalne	29	27
Trudne w kontakcie	38	33
Niezrozumiane	49	33
Same sobie winne	34	33
Nie starają się wyjść z choroby	38	35
Oporne na pomoc i leczenie	9	10
Trudne w całkowitym wyleczeniu	11	15

Oprac. autorka na podstawie [1, 2]

STYGMATYZACJA OSÓB Z ZABURZENIAMI JEDZENIA

Brytyjskie badania porównawcze prowadzone w 1998 roku i pięć lat później, w 2003 roku, przez Crisp i wsp. [1, 2, por. też: 3], którymi objęto Anglików, Szkotów i Walijczyków w wieku 16–65 lat pokazują, iż osoby z zaburzeniami jedzenia postrzegane są jako chore psychicznie i negatywnie percypowane, a wskazane wyniki badań dowodzą, iż sytuacja w tym zakresie nie ulega zasadniczej zmianie (por. tab. 1).

Wyjątek stanowi tu kwestia dotycząca (z)rozumienia choroby, która w ciągu 5 lat znacząco uległa zmianie na rzecz większej wyrozumiałości dla osób z problemami żywieniowymi. W społeczeństwie, mimo że osoby z problemami jedzeniowymi nie stanowią bezpośredniego zagrożenia i nie są niebezpieczne dla innych, to jednak ich zachowanie odbierane jest jako nieprzewidywalne. Zaburzenia jedzenia były badane obok takich chorób, jak: depresja, atak paniki, schizofrenia, demencja, alkoholizm i narkomania. Przytaczając niektóre dane porównawcze, należy podkreślić, że zaburzenia jedzenia spośród wymienionych chorób w najmniejszym stopniu kojarzone są z chorobami psychicznymi w takich wymiarach, jak: zagrożenie dla innych czy nieprze-



Zdrowej osobie trudno jest przyjąć fakt, że ktoś może zagłodzić się na śmierć czy najadać się do granic możliwości i za chwilę wymiotować czy przeczyszczać się



Rzetelna wiedza o problemach nie jest warunkiem wystarczającym dla wyleczenia, ale z pewnością jest niezbędna i konieczna dla zrozumienia problemu, radzenia sobie z nim



**Autorka konfrontuje
potoczną, stereotypową
wiedzę z wiedzą i faktami
naukowymi, przez co
zaprasza do wnikliwszej
niż dotychczas refleksji**

widywalność, natomiast bardzo silnie wpisana jest w nie odpowiedzialność, jaką ponoszą osoby chore za swój stan zdrowia. Najwyższy odsetek wskazań uzyskały zaburzenia jedzenia w wymiarach: sami są sobie winni oraz nie starają się wyjść z choroby. Podobny odsetek wypowiedzi uzyskały tylko osoby cierpiące na chorobę alkoholową oraz uzależnione od narkotyków. Im podobnie przypisywana jest duża odpowiedzialność w generowaniu objawów.

Osoby z problemami żywieniowymi są postrzegane też jako osoby, z którymi trudno nawiązać i podtrzymywać kontakt oraz relacje. Wysoki odsetek stanowią także deklaracje obwiniające chorych z problemami jedzeniowymi o doprowadzanie się do choroby, bierność i niedostateczne zaangażowanie w proces leczenia. Pojawiają się także głosy tych, którzy uważają, że chorzy cierpiący na zaburzenia odżywiania są zasadniczo oporni na wszelką pomoc i leczenie. Z drugiej strony część respondentów uważa, że zaburzenia jedzenia należą do grupy chorób trudnych w całkowitym wyleczeniu. Najbardziej negatywnie nastawione są do problemów jedzeniowych osoby najmłodsze w grupie między 16. a 19. rokiem życia — 21%, w grupie 20.–24. rokiem życia — 12%, między 25. a 44. rokiem życia — 11%, między 45. a 64. rokiem życia — 13% oraz w grupie 65. rok życia i powyżej — 15%. Biorąc pod uwagę płeć respondentów, bardziej (choć nieznacznie) negatywne wypowiedzi padały z ust mężczyzn (15%) niż kobiet (12%). Dzieje się tak być może dlatego, że kobiety mają większą wiedzę na temat zaburzeń łaknienia, stąd też więcej jest wśród nich takich osób, których pogląd na ten temat opiera się na rzetelnych przesłankach.

Dane statystyczne analizowane na przestrzeni lat pokazują, że stereotypowy obraz osób z problemami jedzeniowymi w niewielkim stopniu poddawany jest społecznej refleksji, a częściej automatycznie przetwarzany zgodnie z modelem potwierdzania wła-

snych oczekiwań. Model potwierdzania własnych oczekiwań pokazuje, że przetwarzanie informacji stereotypowej ma charakter bierny, nieuświadomiony i automatyczny, co ułatwia jednostce nabywanie i przyswajanie informacji potwierdzających stereotyp czy wcześniej wyrobione przekonania [4].

MITY I FAKTY NA TEMAT ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

■ Mit 1: Zaburzenia jedzenia to bezsens i głupota

Fakty: Istotne jest, by nie oceniać zachowań osoby chorej jako głupich czy bezsensownych w momencie, gdy dostrzeża ona w nich sens i cel. Dopóki nie zrozumie się, w jaki sposób zaburzenia odżywiania wpływają na myślenie dziecka, bliskiego czy podopiecznego, wysiłki wspierania go w walce z chorobą, a tym samym podjęcie leczenia, będą mało skuteczne lub całkowicie bezskuteczne. Trzeba pogodzić się z faktem, że nie ma się do czynienia z racjonalnie myślącym dzieckiem, lecz z osobą chorą. Warto zatem przededefiniować swój stosunek do problemu. Ważne jest, po pierwsze, zrozumienie motywów postępowania chorego; po drugie, wysłuchanie osoby bliskiej czy znajomej; po trzecie, oddzielenie choroby od dziecka, dzięki czemu można okazać empatię i współczucie; po czwarte, zgłębianie specyficznych sposobów myślenia dziecka, po to, by nawiązać kontakt, a nie wzmacniać antagonistyczną relację oraz po piąte, założenie, że myślenie chorego jest zniekształcone (zniekształcenia poznawcze) na skutek zaburzeń.

■ Mit 2: Zaburzenia jedzenia to tylko fanaberie młodych dziewcząt oraz przejaw współczesnej mody na odchudzanie

Fakty: Zaburzenia jedzenia to złożony problem — choroba, która implikuje destruktcyjne dla życia i zdrowia konsekwencje. Negatywne i krzywdzące jest zatem bagatelizowanie problemu, traktowanie go jako fana-

berii, „widzimisień”. Błędne jest też przece-
nianie społecznych przyczyn (w tym zasad-
niczo mody), a niedoceniaanie uwarunkowań
rodzinnych i indywidualnych w etiologii za-
burzenia.

■ **Mit 3: Zaburzenia jedzenia to efekt braku silnej woli i utraty kontroli nad sobą**

Fakty: Warto przytoczyć dla przykładu sytu-
ację osób chorujących na bulimię. Uprosz-
czonej percepcji odnośnie do braku kontroli
oraz silnej woli sprzyjają sami chorzy, gdyż
w ich przeżywaniu choroby znajdują się po-
czucie braku kontroli nad sobą i swoimi za-
chowaniami jedzeniowymi, niemożność po-
wstrzymywania się od jedzenia, braki silnej
woli w tym zakresie oraz poczucie bezradno-
ści. Jednak jeśli zgłębi się problem, to kwe-
stia zarysowuje się nie tylko szerzej, ale też
mniej jednoznacznie. Można powiedzieć, że
osoby cierpiące na bulimię ujawniają silną
kontrolę nad tym, co i jak jedzą, w szczegól-
ności w okresach pomiędzy sesjami objada-
nia się i wymiotowania. Jest to czas tak zwa-
nego „spinania się” po okresie obżarstwa
i folgowania, podczas którego podejmowa-
ne są różnego rodzaju zabiegi kompensacyj-
ne, takie jak rozmaite diety bądź całkowite
powstrzymywanie się od jedzenia czy stoso-
wanie środków przeczyszczających i ćwiczeń
fizycznych. Ów ciąg postępowania oparty na
licznych wyrzeczeniach i sporej sztuczności
w zakresie jedzenia świadczy o wysokiej sa-
mokontroli jednostek nad tym aspektem
życia.

■ **Mit 4: Zaburzenia odżywiania dotyczą w przeważającej mierze problemów jedzenia**

Fakty: Problemy z jedzeniem to tylko wi-
doczny wierzchołek góry lodowej, zewnętr-
zny przejaw licznych trudności i problemów
natury osobowościowej, tego jak osoba my-
śli, czuje i radzi sobie z codziennymi trudno-
ściami oraz ze stresem. Przyjmowany wielo-

czynnikowy model zaburzeń jedzenia uświa-
damia ich złożoną etiopatogenezę, przebieg
i konsekwencje. Na wieloczynnikowy model
składają się determinanty: 1) **predestynują-
ce** — takie, które stanowią podłoże dla roz-
woju zaburzeń, na przykład trudności w uzy-
skaniu przez dziecko autonomii, niezależno-
ści, skłonność do perfekcjonizmu w wielu
dziedzinach życia jednocześnie, problemy
w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami
czy nieprawidłowe relacje w rodzinie albo
też konflikty dotyczące roli płciowej; 2) **wy-
zwalające** — sprawiają, że choroba zaczyna
być dostrzegalna z wszelkimi jej objawami,
na przykład zmiana szkoły, rozwód rodzi-
ców; wejście w okres dojrzewania czy nie-
umiejętność poradzenia sobie z aktualnym
kryzysem; 3) **podtrzymujące** — utrudniają
proces zdrowienia, na przykład poprzez
wzmacnianie już istniejących objawów
(np. osoba chora dostrzega korzyści płyną-
ce ze złego stanu zdrowia, doświadcza suk-
cesu w dążeniu do celu, którym jest kontro-
la i utrata masy ciała czy pozostaje w cen-
trum zainteresowania rodziny czy najbliż-
szych, doświadczać z ich strony troski
i opieki) [5].

■ **Mit 5: Zaburzenia jedzenia dotyczą przede wszystkim płęć żeńską**

Fakty: Zaburzenia odżywiania dotyczą
w większej mierze kobiety, ale liczba choru-
jących mężczyzn stale się zwiększa. Męskim
odpowiednikiem anoreksji jest bigoreksja
(*muscle dysmorphia*). Do głównych sympto-
mów bigoreksji należy, między innymi, ob-
sesyjne zaabsorbowanie wyglądem ze-
wnętrznym, w tym muskulaturą, masą ciała
oraz stosowaniem rozmaitych diet mających
wspomóc rozwój tkanki mięśniowej. Stały
harmonogram dnia oparty jest na długich
i intensywnych ćwiczeniach fizycznych (naj-
częściej w siłowni i fitness klubie) mających
na celu kształtowanie sylwetki i „wzbogaca-
nie” masy mięśniowej. Nieumiejętność za-
przestania absorbujących czasowo ćwiczeń

”
**Dane statystyczne
analizowane na
przestrzeni lat pokazują,
że stereotypowy obraz
osób z problemami
jedzeniowymi
w niewielkim stopniu
poddawany jest
spółecznej refleksji,
a częściej automatycznie
przetwarzany zgodnie
z modelem potwierdzania
własnych oczekiwań**

”
Jak wskazano,
skomplikowana sytuacja
psychologiczna osób
cierpiących na
zaburzenia odżywiania
sprawia, że nie dość,
że te osoby same
negatywnie się
naznaczają, to czyni to
również także ich bliższe
i dalsze otoczenie,
utrudniając im tym
samym proces
wychodzenia z choroby
i readaptacji

prowadzi do ograniczenia życia osobistego, relacji społecznych oraz nierzadko skutkuje utratą pracy. Osoba cierpiąca na bigoreksję doświadcza trudności w powstrzymywaniu się od zachowań mających na celu redukcję masy ciała, mimo szkód somatycznych, psychicznych i społecznych, jakich w jej wyniku doświadcza. Zachowaniom bigorektycznym towarzyszą obsesyjne myśli, nieumiejętność odmówienia czy skończenia, a także poczucie bezradności i bezsilności wobec własnych przekonań i działań.

■ **Mit 6: Zaburzenia odżywiania dotyczą tylko osoby w okresie dojrzewania**

Fakty: Grupę osób potencjalnie zagrożonych stanowią adolescenti i młode kobiety, jednak zaburzenia odżywiania mogą dotknąć każdą osobę niezależnie od płci, wieku, pochodzenia, klasy społecznej czy kultury. Niewątpliwie jednak stadium adolescencji jest okresem sensytywnym dla ekspresji zaburzeń odżywiania.

■ **Mit 7: Osoba cierpiąca na zaburzenia jedzenia ma trudności z wypełnianiem społecznych funkcji i obowiązków, co powoduje, że znajduje się na marginesie społecznych działań**

Fakty: Aktywność osób z zaburzeniami odżywiania może znacznie ograniczać hospitalizację oraz nasilające się objawy. Jednak większość osób z zaburzeniami odżywiania jest aktywna podczas trwania choroby i leczenia.

■ **Mit 8: Zaburzenia jedzenia są dziedziczne**

Fakty: Naukowo nie stwierdzono jakoby zaburzenia odżywiania były dziedziczne. Wskazuje się natomiast na konstelacje cech osobowościowych, pewien typ emocjonalności i wrażliwości rodziców, sprzyjający ekspresji zaburzeń u tych dzieci, których rodzi-

ce chorowali/chorują na zaburzenia odżywiania.

■ **Mit 9: Osoba, która mówi o diecie i odchudzaniu bądź odchudza się, ma zaburzenia jedzenia**

Fakt: Nieprawdą jest, że samo mówienie o diecie, odchudzaniu czy jedzeniu jest objawem zaburzenia odżywiania. Należy odróżniać to, co może być zaburzeniem od normatywnych, czyli typowych reakcji na rozwój i rozrost dojrzewającego nastolatka. Tym samym w kontakcie z osobą chorą ważna jest umiejętność zachowania zdrowego rozsądku, zaufanie do posiadanej wiedzy czy też intuicji.

■ **Mit 10: Osoba, która je mięso i słodczy nie może mieć zaburzeń jedzenia**

Fakty: Ważna jest nie tylko jakość, ale i ilość jedzenia. Zdarza się, że osoby z anoreksją jedzą wszystko, jednak w bardzo ograniczonych ilościach. Natomiast osoby z bulimią czy kompulsywnym objadaniem się często w towarzystwie jedzą normalnie bądź niewiele mniej od innych, nie zwracając na siebie szczególnej uwagi otoczenia, natomiast najczęściej dojadą czy objadają się w samotności i ukryciu.

■ **Mit 11: Na zaburzenia jedzenia cierpią tylko osoby wychudzone bądź otyłe**

Fakty: Nie wszystkie osoby „grube” bądź „chude” cierpią na zaburzenia jedzenia. Za konstytucję organizmu odpowiedzialne są czynniki genetyczne oraz choroby niezwiązane (wprost) ze sferą odżywiania. Ważna jest też obserwacja zachowań jedzeniowych osób. Dla przykładu: masa ciała osób cierpiących na *bulimia nervosa* może mieścić się w szeroko rozumianej normie. Oznacza to, że — w przeciwieństwie do anoreksji — nie spada poniżej dolnej, minimalnej granicy

dla danego wieku, wzrostu i płci oraz nie przekracza — w przeciwieństwie do otyłości — górnej granicy normy. Tak więc w populacji osób z bulimią, obok chorych z nadwagą i niedowagą, są osoby z normową. Masa ich ciała nie jest jednak stabilna i jej wahania to jeden z istotnych problemów chorych, przyczyna powikłań zdrowotnych oraz złego samopoczucia.

■ **Mit 12: Utrzymywanie odpowiedniej masy ciała i brak czynności kompensacyjnych u osób z zaburzeniami jedzenia oznacza wyzdrowienie**

Fakty: W ocenie stanu zdrowia i wychodzenia z choroby należy wziąć pod uwagę całą gamę czynników, wśród których odpowiednia masa ciała i brak czynności kompensacyjnych odgrywają istotną, ale nie jedyną czy zasadniczą rolę. Ważny jest także stan emocjonalny, myśli i przekonania chorego na swój temat czy kontekst społeczny jego egzystencji.

■ **Mit 13: Z zaburzeniami jedzenia można poradzić sobie samemu**

Fakty: Specyfika radzenia sobie zależy od stopnia zaawansowania choroby, w tym od nasilenia objawów, długości jej trwania oraz motywacji do zmiany. Najczęściej zdarza się jednak, że kolejne postanowienia odnośnie do zmiany sposobu funkcjonowania kończą się fiaskiem, a problem utrwała się i nasila, stąd pomoc psychologa lub lekarza psychiatry staje się niezbędna. Zatem bardzo trudne jest pokonanie zaburzenia jedynie własnymi siłami.

■ **Mit 14: Z zaburzeniami jedzenia osoba boryka się do końca życia, tak jak alkoholik z problemem alkoholowym**

Fakty: Chory nie jest niewolnikiem swojej choroby do końca życia, a wyjście z niej zależy od siły i motywacji do wyzdrowienia oraz wsparcia najbliższych.

■ **Mit 15: Nasilenie i zaawansowanie objawów decyduje o przebiegu choroby i procesie zdrowienia**

Fakty: Siła objawów nie przekłada się bezpośrednio na długość leczenia i rokowania końcowe. Najważniejsze są motywacja chorego, odpowiednie wsparcie z zewnątrz oraz podjęcie terapii w możliwie najkrótszym czasie od wystąpienia objawów.

■ **Mit 16: Upublicznianie i ujawnianie przez media (prasa, radio, telewizja) informacji na temat różnorodnych diet może prowadzić do choroby**

Fakty: Wpływ mediów i wzorców konsumpcji to jeden z czynników, które mogą przyczynić się do ekspresji zaburzeń, ale tylko u osób podatnych na nie osobowościowo i emocjonalnie.

■ **Mit 17: Drastyczna dieta jest najlepszym sposobem na redukcję masy ciała**

Ważne, aby zapamiętać, że:

- przestrzeganie diety nie prowadzi do długotrwałej utraty masy ciała;
- stosowanie diety powoduje spadek tempa przemiany materii, a w konsekwencji — przyrost masy ciała i wyższą wagę genetyczną. Nie należy walczyć z naturalnymi mechanizmami obronnymi, które strzegły organizmu przed utratą masy i starały się nie dopuścić do zmiany wagi genetycznej. Organizm potrafi zarówno przeciwstawić się jej utracie, jak i przystosować swoją przemianę materii, aby zapobiec jej przyrostowi;
- nieprawidłowa dieta ma negatywne skutki dla zdrowia fizycznego;
- dieta może mieć negatywne konsekwencje dla zdrowia psychicznego obejmujące narastającą depresję, stres, lęk, obsesyjne myślenie o jedzeniu i niską samoocenę;
- stosowanie diety może doprowadzić do napadowego objadania się i przejadania;



Warto więc inwestować w profilaktykę pierwszego stopnia mającą, między innymi, na celu przybliżanie społeczeństwu problemu specyfiki zaburzeń łaknienia i życia chorych: problemów, obaw, ale i potrzeb, praw, tak jak to uczyniono w kampaniach dotyczących depresji czy też schizofrenii

— efektem diety może być uczucie zawodu, kiedy powstrzymywanie się od jedzenia nie przynosi pożądanych rezultatów oraz utraty kontroli, kiedy złamie się jej zasady [6].

Fakty: Jak wskazuje większość badaczy [7], podejmowanie kuracji odchudzających jest w niewielkim procencie skuteczne. Coraz więcej dowodów przemawia za tym, że każda dieta z samej swej istoty skazana jest na niepowodzenie, a diety, zwłaszcza te restrykcyjne, powodują w konsekwencji rozregulowanie mechanizmów odpowiedzialnych za kontrolę apetytu i jedzenia, co rozpoczyna błędne koło objadania się i głodzenia oraz wszelkich emocjonalnych konsekwencji z takiego zachowania wynikających. Drastyczna dieta powoduje już po kilku dniach silne uczucie głodu, co często prowadzi do jej zarzucenia.

■ Mit 18: Rodzice i/lub najbliżsi w dużej mierze są odpowiedzialni za chorobę

Fakty: Styl wychowania czy sposób zachowania rodziców w stosunku do dziecka nie są jedyną przyczyną zaburzeń odżywiania — kwestia uwarunkowań choroby jest znacznie bardziej złożona. Stąd rodzice nie są wprost odpowiedzialni za chorobę dziecka, ale ich — często nieświadome — zachowanie może przyczyniać się do jej powstania oraz wzmocnienia już istniejących objawów. W trudnej sytuacji dobrze jest się skupić na problemie i spróbować przyjąć pozytywną, pełną nadziei postawę, która daje szansę na rozwiązanie obecnego problemu i lepsze radzenie sobie z tymi, które mogą pojawić się w przyszłości.

AUTOSTYGMATYZACJA OSÓB Z ZABURZENIAMI JEDZENIA

Anna Wiatrowska [8, 9], badając poziom wsparcia społecznego dziewcząt z anoreksją i bulimią psychiczną, wskazuje na słabe wsparcie ze strony otoczenia, zarówno bliższego (rodzina), jak i dalszego (znajomi czy

koledzy). Badania przeprowadzono w 2006 roku i objęto nimi 80 dziewcząt z zaburzeniami odżywiania (oraz tyle samo z grupy kontrolnej), w tym 41 osób stanowiły dziewczęta chore na jadłowstręt psychiczny, a 39 grupę dziewcząt chorych na bulimię psychiczną. Zasadnicze narzędzie badawcze stanowił Kwestionariusz Wsparcia Społecznego (NSSQ, *Need of Support and Service Questionnaire*).

Wyniki badań jednoznacznie pokazują, że dziewczęta z kliniczną postacią zaburzeń odżywiania doświadczają wsparcia społecznego na niższym poziomie niż dziewczęta z grupy kontrolnej, ponadto deklarują, że okazywane im wsparcie jest niższe od oczekiwanego, czerpią też mniej satysfakcji i zadowolenia w kontaktach z osobami z najbliższego otoczenia. Najbliższa rodzina oraz bliscy znajomi w mniejszym stopniu okazują im akceptację i zrozumienie, nie zapewniają poczucia bezpieczeństwa, miłości i zaufania oraz nie gwarantują pomocy. Osoby chore są przekonane, że rodzina i bliscy nie podzielają ich poglądów, nie akceptują postępowania, a także nie wspierają w rozwiązywaniu problemów i trudnych zadań życiowych. W istotnie mniejszym stopniu niż dziewczęta bez zaburzeń mogą liczyć na pomoc finansową ze strony osób najbliższych. Dodatkowo należy wskazać, że średnie uzyskiwane przez dziewczęta z bulimią psychiczną są nieco niższe niż porównywane dziewcząt z anoreksją, co pokazuje, że w odczuciu chorych na bulimię okazywane im wsparcie społeczne jest niższe od oczekiwanego. Sytuacja ta pokazuje, że kobiety z bulimią psychiczną w porównaniu z kobietami bez zaburzeń odżywiania doświadczają więcej deficytów zarówno w spostrzeganym wsparciu społecznym, jak i w zakresie relacji interpersonalnych. Ponadto mają one także mniejsze niż dziewczęta z jadłowstrętem psychicznym poczucie zadowolenia i satysfakcji w kontaktach interpersonalnych z osobami z najbliższego otoczenia.

Rodzina, znajomi oraz przyjaciele istotnie rzadziej są gotowi partycypować w kosztach leczenia czy rehabilitacji, przy czym dziewczęta z anoreksją w przeciwieństwie do dziewcząt z bulimią psychiczną otrzymują nieznacznie większe wsparcie materialne od najbliższych. Być może jest to wynikiem przebiegu choroby wyznaczanej przez pogarszający się stan somatyczny pacjentki z anoreksją. Także w zakresie różnorodnych czynności życia codziennego oraz w kwestii uzyskiwania pomocy materialnej w niewielkim stopniu mogą na nie liczyć. Ze wskazanych badań obraz cierpiących na zaburzenia odżywiania nacechowany jest poczuciem osamotnienia i braku zrozumienia w doświadczeniu i przeżywaniu swojej choroby.

Zgodnie z koncepcjami naznaczania społecznego [10–12] etykietowanie wpływa zwrotnie na sposób myślenia chorego o sobie w kategoriach zawartych w stygmacie. Jednostka zaczyna wierzyć w dysponowanie przypisywanym jej właściwościami, utożsamiać się z nimi i często zachowywać zgodnie z treścią stygmatu, spełniając oczekiwania społeczne. Chory czuje się bezradny i bezsilny z powodu braku wsparcia, co prowadzi zasadniczo do obniżenia poczucia własnej wartości (i tak już zanizonego u osób z zaburzeniami jedzenia), deficytu poczucia bezpieczeństwa, zaufania do siebie i innych. Z powodu niezrozumienia i negatywnej oceny choroby osoby z zaburzeniami jedzenia doświadczają ponadto winy i wstydu, licznych negatywnych emocji względem siebie, obwiniają się za to, co robią, przy równoczesnej dużej bezsilności i trudności w zaprzestaniu autodestrukcyjnych działań. Doświadczane poczucie alienacji, odosobnienia, wykluczenia można z jednej strony zaliczyć do objawów lub bezpośrednich konsekwencji choroby, z drugiej zaś traktować jako reakcję na wykluczenie przez otoczenie, które z kolei doświadczane jest przez jednostkę jako samonaznaczenie czy samowykluczenie. Osoby chore często same o sobie mówią „jestem anorektyczką”,

„jestem bulimiczką”, a wiele osób z ich otoczenia często przejmując ten sposób określania chorych. Lepiej zatem mówić o „osobach chorych na anoreksję/bulimię” itp. Takie określenie jest nie tylko właściwsze, ale także „zdrowsze” — nie nadaje osobie chorej niejako wtórnej tożsamości związanej z faktem bycia chorym. Nie tworzy złudzenia istnienia odrębnej grupy ludzi, grupy o pewnych cechach nadających znaczenie temu, kim się jest. Osoby chore często popadają w chorobę, dlatego że szukają poczucia przynależności — na przykład stwierdzenie „jestem anorektyczką/ bulimiczką” sprawia wrażenie bycia członkiem elitarnego klubu.

Konsekwencją wskazanych powyżej procesów jest ukrywanie problemu, trudności z proszeniem o pomoc i wsparcie, tym samym też opóźnienia (często ciągnące się latami) odnośnie do podjęcia terapii.

MITY I FAKTY CHORYCH NA TEMAT ICH CHOROBY I LECZENIA

■ Mit 1: Podjęcie leczenia czy psychoterapii wiąże się przede wszystkim z jedzeniem dużych ilości oraz przybieraniem na wadze

Fakty: Dla osób cierpiących na zaburzenia jedzenia istotne staje się unormowanie trybu odżywiania się, co przywraca równowagę fizyczną i emocjonalną, ale też uwalnia umysł od absorbujących myśli o jedzeniu i daje energię do zmierzania się z prawdziwymi czynnikami wywołującymi zaburzenie. Wiadomo jednak, że nie należy koncentrować swej pracy wyłącznie na jedzeniu (jedzenie jest tylko objawem innych problemów). Dobrze jest przeanalizować wszystkie inne aspekty swojego życia i przemyśleć, jakie czynniki mogły/ą prowadzić do choroby. Stąd, jeśli osoba zdecyduje się na psychoterapię, stopniowo zyskuje kontrolę nad swoim problemem. Współpraca z osobami pomagającymi (lekarzami, psychologami, dietetykami) pozwala ustalić optymalny i bezpieczny plan regulacji jedzenia i masy ciała.

■ **Mit 2: Ludziom udzielającym pomocy zależy tylko na tym, aby osoba chora przybierała na wadze**

Fakty: Ważne jest, aby osoba chora miała świadomość, że nikt nie ma na celu zmuszać jej do przytycia. Zasadniczym celem natomiast jest wyzdrowienie, co, między innymi, oznacza uzyskanie odpowiedniej/optymalnej masy ciała niezbędnej dla zdrowia i życia oraz przyjęcie faktu, że normalne jedzenie jest niezbędnym elementem ludzkiej egzystencji.

■ **Mit 3: Z normalnym jedzeniem wiąże się utrata kontroli i przybieranie na wadze**

Fakty: Perspektywa normalnego jedzenia może być dla osób z problemami jedzeniowymi przerażająca. U chorego pojawiają się obawy, że normalne jedzenie pociągnie za sobą przybieranie na wadze tak długo, aż straci nad tym kontrolę; ponadto osoby chore nie wiedzą, ile to jest „dużo” i „mało”, często pierwsze szybsze przytycie wiąże z tym, że masa ciała w sposób niekontrolowany będzie rosła; mają też nierealne oczekiwania: chcą zacząć normalnie jeść, nie przybierając na wadze. Jest to bardzo trudny moment w pracy i niełatwa decyzja (w jakimś stopniu na wyzdrowienie) i najbardziej optymalne jest zaufanie, że waga po prostu osiągnie poziom pożądany przez organizm (poziom wagi genetycznej), tak jak w przypadku większości ludzi, którzy jedzą normalnie, nie tyją.

■ **Mit 4: Nikt nie jest w stanie zrozumieć, a tym samym pomóc osobie z zaburzeniami jedzenia**

Fakty: Jeśli ktoś nie cierpi na zaburzenia jedzenia, to nie oznacza, że nie może zrozumieć motywów i zachowań oraz pomagać osobie chorej. Dla przykładu: nie trzeba mieć raka ani być alkoholikiem, aby pomagać osobom dotkniętym podobnymi problemami. Najoptymalniej jest łączyć przepracowane doświadczenia osobiste z praktyką terapeutyczną i doświadczeniem w tym zakre-

sie. Dlatego najistotniejsza jest umiejętność zaoferowania choremu takiej relacji, dzięki której zyska on możliwość korektywnych doświadczeń i rozstawania się z problemem.

■ **Mit 5: Zaburzenia jedzenia nie pozwalają powrócić do normalnego życia**

Fakty: Zaburzenia odżywiania (natrętne myśli na temat jedzenia, masy ciała i diety) znacznie ograniczają kontakty rodzinne, towarzyskie, zawodowe, w niektórych przypadkach nawet doprowadzają do ich zerwania czy rezygnacji z pracy (choćby poprzez czasową hospitalizację). Utrudniają także konfrontację z realnymi problemami dnia codziennego, uniemożliwiają myślenie o czymś innym niż jedzenie albo masa ciała. Jednocześnie praca nad problemami leżącymi u podstaw zaburzeń odżywiania pozwala powoli normować sytuację, wracać do lubianych niegdyś aktywności, kontaktów i zajęć oraz czerpać z nich przyjemność.

■ **Mit 6: Tylko szczupłe osoby uchodzą w naszym społeczeństwie za atrakcyjne**

Fakty: Niewątpliwie media sprzyjają popularyzowaniu i umacnianiu wizerunku osoby szczupłej jako atrakcyjnej. Nie świadczy to jednak o tym, że wszyscy ulegają presji reklamowej i bezkrytycznie odbierają jej przekazy. Na szczęście społeczną atrakcyjność człowieka podbijają inne jego właściwości, między innymi błyskotliwość, poczucie humoru, kompetencje w jakiejś dziedzinie, przebojowość itp.

■ **Mit 7: Należy wstydzić się zaburzeń jedzenia**

Fakty: Nie należy wstydzić się swojej choroby, gdyż nie jest ona piętnem (wstyd to niepotrzebne uczucie). Lekarz, terapeuta mają duże szanse słyszeć liczne podobne historie. Jednak powrót do zdrowia następuje, gdy jest się otwartym i uczciwym w problemach

z osobą chorą. Zaburzenia odżywiania są chorobami i chory nie powinien się wstydzić rozmawiać o nich.

PODSUMOWANIE

Jak wskazano, skomplikowana sytuacja psychologiczna osób cierpiących na zaburzenia odżywiania sprawia, że nie dość, że te osoby same negatywnie się naznaczają, to czyni to również także ich bliższe i dalsze otoczenie, utrudniając im tym samym proces wycho-

dzenia z choroby i readaptacji. Jakkolwiek często postawa osób wydających pochopne oceny wynika z niewiedzy, lęku przed nieznanym, to postawę tę trudno usprawiedliwić. Warto więc inwestować w profilaktykę pierwszego stopnia mającą, między innymi, na celu przybliżanie społeczeństwu problemu specyfiki zaburzeń łaknienia i życia chorych: problemów, obaw, ale i potrzeb, praw, tak jak to uczyniono w kampaniach dotyczących depresji czy też schizofrenii.

PIŚMIENNICTWO

1. Crisp A.H. The nature of stigmatization? W: Crisp A.H. (red.). Every family in the land, Royal Society of Medicine Press, London 2004: 106–108.
2. Crisp A., Gelder M., Goddard E., Meltzer H. Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry* 2005; 4 (2): 106–114.
3. Corrigan P. How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist Association* 2004; 59 (7): 619–620.
4. Stephan W.G., Stephan C.W. Wywieranie wpływu przez grupy. GWP, Gdańsk 2003; 15–16.
5. Mroczkowska D., Ziółkowska B., Cwojdzńska A. Zaburzenia odżywiania. Poradnik dla rodziców i bliskich, Scholar, Warszawa 2007: 16–17.
6. Mroczkowska D., Ziółkowska B. Bulimia od A do Z. Kompendium wiedzy dla rodziców, nauczycieli i wychowawców. Scholar, Warszawa 2011; 6.
7. Baumeister R.F., Heatherton T.F., Tice D.M. Utrata kontroli. Jak i dlaczego tracimy zdolność samoregulacji. PARPA Warszawa 2003; 250–254.
8. Wiatrowska A. Analiza strukturalna aspektów poczucia jakości życia dziewcząt z kliniczną postacią zaburzeń odżywiania. W: Palak Z., Lewicka A., Bujnowska A. (red.). Jakość życia a niepełnosprawność. Konteksty psychopedagogiczne, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2006: 257–265.
9. Wiatrowska A. Jakość życia w zaburzeniach odżywiania. Wydawnictwo: UMCS Lublin 2009; 110–115.
10. Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M. Psychologia społeczna. Serce i umysł. Zysk i S-ka, Poznań 1994: 543.
11. Stephan W.G., Stephan C.W. Wywieranie wpływu przez grupy. GWP, Gdańsk 2003: 15–16.
12. Wojciszke B. Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej. Scholar, Warszawa 2003: 64.